

# 有限会社 VERY コーポレーション ハートデイサービス西川手 重要事項説明書

サービスの提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社 VERY コーポレーション	主たる事務所の所在地	岐阜県岐阜市西川手 1-124
代表者（職名・氏名）	代表取締役 松岡 充子	設立年月日	2004年1月1日
電話番号	058-268-3088		

## 2. 事業所の概要

### 1) 事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所の名称	ハートデイサービス西川手	サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護・第一号通所事業 通所介護相当
事業所の所在地	岐阜市西川手3丁目31番地	事業所番号	2170113167
電話番号	058-268-7188	F A X	058-268-7189
通常の営業地域	岐阜市 各務原市 岐南町 笠松町	利用定員	24名

### 2) 事業所の職員体制

職種	員数	業務内容
管理者	1人	本事業所の従業員の管理、指導命令等を一元的に行います。
生活相談員	1人以上	生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。
看護職員	1人以上	サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。
介護職員	3人以上	通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。
機能訓練指導員	1人以上	通所介護計画に基づき、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います

### 3) 営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日を含む）まで	ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分	
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時30分	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者または要支援者の利用者に対し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができる様必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上ならびに家族の負担軽減を図ります。
運営の方針	1) 指定通所介護等の提供に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。 2) 指定通所介護等の提供に当たる従業者は、指定通所介護等の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

## 4. 提供するサービスの内容及び費用について

### 1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
通所介護計画の作成	① 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 ② 通所介護計画の作成は、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 ③ 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 ④ 通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。	
日常生活上の世話	食事介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。嚥下状態に合わせた食事形態の提供を行います。
	入浴介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助や清拭、洗髪などを行います。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
機能訓練	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。	
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

### 2) 通所介護従業者の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

#### ① 通所介護

サービス内容	単位数	利用者負担額			
		1割	2割	3割	
通所介護 8時間以上9時間未満	要介護1	669単位/回	687円	1,374円	2,061円
	要介護2	791単位/回	813円	1,625円	2,437円
	要介護3	915単位/回	940円	1,880円	2,820円
	要介護4	1041単位/回	1,070円	2,139円	3,208円
	要介護5	1168単位/回	1,200円	2,399円	3,599円
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/回	41円	82円	123円	
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位/回	57円	113円	170円	
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76単位/回	78円	156円	234円	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	21円	41円	62円	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	100単位/月	103円	206円	309円	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円	82円	123円	
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6単位/回	7円	13円	19円	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の9.0%	左記の単位数×10.27円			

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。

※ 入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。

入浴介助加算（Ⅱ）は、居宅において入浴ができるようになることを目的に、居宅を訪問し把握した浴室環境等を踏まえた入浴介助計画の作成と、計画に沿った支援を行った場合に算定します。

※ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）は、指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員、介護職員等と共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。

※ 個別機能訓練加算（Ⅰ）は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、機能訓練加算（Ⅱ）を算定します。

※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

#### ②介護予防通所介護・第一号通所事業

サービス内容	単位数	利用者負担額				
		1割	2割	3割		
通所型 サービス費	要支援1	1ヶ月	1798単位/月	1,847円	3,693円	5,540円
		1回（月4回まで）	463単位/回	476円	951円	1,427円
	要支援2	1ヶ月	3621単位/月	3,719円	7,438円	11,157円
		1回（月8回まで）	447単位/回	459円	918円	1,377円
サービス提供 体制加算（Ⅲ）	要支援1	24単位/月	25円	50円	74円	
	要支援2	48単位/月	50円	99円	148円	
事業所評価加算（加算年のみ算定）	120単位/回	124円	247円	370円		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の9.0%	左記の単位数×10.27円				

### 2) その他

① 送迎費	通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施地域を超えた地点1Km毎に50円とします。	
② キャンセル料	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
③ 食事の提供に要する費用	650円/食	おやつ代：50円/食
④ 日常生活費	オムツ代：実費相当を請求いたします。 その他作業療法、レクリエーションにかかる諸経費のうち、利用者が負担することが適当と認められる費用については、必要実費を徴収します。	

## 5. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の27日まで

保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	に、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)
--------------------------	---

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から1月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除し、未払い分をお支払いいただきます。

## 6. サービスの提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- 訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供にあたっては、利用者的心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

## 7. 虐待の防止のための措置に関する事項

- 事業者は、虐待等に対する相談窓口を設置し、利用者の人権の擁護・虐待等の防止に努めます。
- 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な処置を講じます。
- 虐待防止の為の指針の整備をします。
- 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- 虐待防止の為の研修会を定期的に実施します。

## 8. 身体拘束に関する事項

- 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないものとします。
- 身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者的心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

## 9. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>ア 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は従業員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について	<p>ア 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>イ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 10. サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者様、ご家族様、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- 従業員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載すること。

## 11. 感染症の予防及びまん延の防止について

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- 事業所における感染症の予防及びまん延のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を開催します。その結果を、従業員に周知徹底します。
- 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 12. 事業継続計画の策定

- 事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 13. ハラスメント対策について

- 事業者は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境づくりを目指します。
- 利用者が事業者の従業員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

## 14. 苦情申立・虐待相談窓口

- 当事業所窓口  
事業所名：ハートデイサービス西川手  
電 話：058-268-7188  
担 当：渡邊 健吾  
受付時間：平日 8：30 ～ 17：30
- その他窓口  
岐阜市役所 介護保険課支援係  
岐阜県国民健康保険団体連合会  
電 話：058-214-2093（直通）  
電 話：058-275-9826

## 15. 事故発生の対応

- サービスの提供により、ご利用者に事故が発生した場合は速やかにご家族または緊急連絡先へ連絡いたします。
- 必要な場合において、市町村、その他関係機関へ連絡を行います。
- サービスの提供により利用者様に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 16. 緊急時の対応方法

- サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、家族または緊急連絡先へ連絡いたします。
- 必要な場合において、利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
- 家族または緊急連絡先に繋がらない場合、事業所の判断で医療機関への受診をして頂く場合があります。その際の費用は利用者または利用者の家族にお支払いいただきます。

以上

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項を説明しました。

説明日	_____年 _____月 _____日
【事 業 者】	【事 業 所】
所 在 地：岐阜県岐阜市元町 3-16	所 在 地：岐阜市西川手 3 丁目 31 番地
名 称：医療法人社団瑞鳳会	名 称：ハートデイサービス西川手
代 表 者：理事長 松岡 正治	説 明 者：_____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

同意日	_____年 _____月 _____日
【ご 利 用 者】	【ご家族・代理人】
住 所：_____	住 所：_____
氏 名：_____	氏 名：_____
	続 柄：_____